Rok XXVI. | Kraków, 21 Maja 1887. | Nr. 21.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisal Prof. Dr. N. Cybulski.

Hypnotyzm lub, jak go w ostatnich czasach nazywają Francuzi, somnambulizm sztuczny *(somnambulisme provoqué)*, przedstawia te same zjawiska, które w drugiéj połowie przeszłego stulecia i w pierwszéj bieżącego nazywano ogólnie magnetyzmem zwierzęcym. Zjawiska te niewątpliwie mają doniosłe znaczenie tak dla fizyjologii mózgu i psychologii, jak również dla patologii systemu nerwowego. Jakkolwiek w ostatnich kilku latach prace dotyczące zjawisk hypnotycznych zajęły poważne miejsce wśród badań fizyjologicznych i psychologicznych, osobliwie we Francyi, i musiały zwrócić na siebie powszechną uwagę, to jednak wypadki dotychczas otrzymane nie odpowiadają bynajmniéj usiłowaniom i niekiedy są w rażącéj sprzeczności z kardynalnemi faktami, które służą za podstawę dla fizyjologii systemu nerwowego. Być może, że w skutek tego prasa lekarska mało zwraca uwagi na doświadczenia téj kategoryi i przez to publiczność lekarska jest stosunkowo mało obeznaną z wypadkami tych doświadczeń. Takie zachowanie się prasy lekarskiéj jeszcze i z tego względu jest słuszne, że badanie zjawisk hypnotycznych dotychczas najczęściéj nie odpowiada zasadom przyjętym w naukach ścisłych, a przez to wyniki badań nie mają téj pewności w oczach ścisłych badaczy, jaką fakty naukowe mieć powinny.

Ze względu na doniosłe znaczenie zjawisk hypnotycznych od dawna powziąłem zamiar podać krótkie streszczenie nowszych prac w tym kierunku z uwzględnieniem ich naukowego znaczenia. Przejrzawszy jednak materyjał nagromadzony w rozmaitych pracach przyszedłem do przekonania, że takie streszczenie jest prawie niemożliwe z powodu sprzeczności, które prace jednych autorów w stosunku do prac drugich przedstawiały i że tylko na podstawie własnych spostrzeżeń możnaby wyrobić sobie takie lub inne zdanie przynajmniéj w kwestyjach spornych. Jakkolwiek znaczną część zjawisk hypnotycznych obserwowałem wcześniéj jeszcze w Petersburgu, to jednak ze względu na niektóre nowsze kwestyje w grudniu roku zeszłego rozpocząłem te doświadczenia na nowo i wybrałem do tego kilku młodzieńców, którzy się sami do tych doświadczeń zgłosili. Obecny więc przegląd zjawisk hypnotycznych jest zarazem krótkiém sprawozdaniem z moich własnych doświadczeń.

Zanim przejdę do szczegółowego rozbioru zjawisk hypnotycznych, muszę jeszcze zwrócić uwagę na niektóre szczegóły dotyczące sposobu badania; w ten sposób będę mógł wyjaśnić, dla czego pewne zjawiska hypnotyczne nie są dotychczas uznane za fakty naukowe i zkąd pochodzi sprzeczność poglądów rozmaitych autorów.

Nasamprzód stan hypnotyczny u pewnych osób można wywołać bardzo łatwo i ze strony eksperymentatorów nie wymaga to żadnych poprzedzających studyjów; w skutek tego badania hypnotyczne wykonywają bardzo często nietylko rozmaici dyletanci, lecz nawet i lekarze, którzy nie przyswoili sobie metody ścisłego badania. Otrzymane zjawiska w skutek tego nietylko bardzo często są błędnie tłumaczone, lecz co gorzéj, nie są dokładnie obserwowane. Takie badania, ogłaszane bądź w specyjalnych pismach, bądź w osobnych dziełach, powiększają balast literacki i wnoszą zamęt do kwestyj, przez innych już dokładnie zbadanych. Powtóre, zjawiska te bardzo rzadko bywają badane w odpowiednich warunkach, to jest w pracowniach fizyjologicznych i w obecności tylko osób zainteresowanych w ścisłości wypadków, przeciwnie, badania hypnotyczne najczęściéj wykonywają się w domach prywatnych lub w obecności osób nieumiejących ocenić celów naukowych. Niżéj przytoczone fakty wykażą, że w skutek udziału tych innych osób zjawiska mogą być tak zmodyfikowane, że wypadek badań może być całkiem odmiennym. Rozmowa, pewne zapytania, pewne ruchy, wszystko to może być przyczyną wywołującą pewne zmiany w zachowaniu się osoby badanéj

i oczywiście, jeżeli się tych wpływów nie uwzględni, lub niedostatecznie uwzględnia, badania będą niedokładne, choćby były dokonane przez ścisłego pod każdym względem badacza. Te dwie okoliczności, jak sądzę, są główną przyczyną tak sprzeczności między autorami, jak również i tego, że hypnotyzm dotychczas nie zajmuje odpowiedniego sobie znaczenia, ani w fizyjologii, ani w psychologii.

W historyi starożytnych narodów są fakty, które świadczą o tém, że stan hypnotyczny, przynajmniéj niektóre jego stany, znany już był kapłanom starożytnych Egipcyjan, Indyjan, Greków i Rzymian. Pewne rękoczyny, któremi nowocześni hypnotyzerowie posługują się do wywołania stanu hypnotycznego, nabrały u niektórych narodów znaczenia obrządków religijnych. Słowa wypowiedziane przez osoby zostające w stanie somnambulizmu, uważano za objawienie, dyktowane przez bóstwa i do tych celów używano przeważnie dzieci lub młodych dziewic. W wiekach średnich osoby ulegające hypnotyzmowi, a właściwie somnambulizmowi, poczytywano za opętane przez złego ducha, za czarownice i t. p. Zjawiały się osoby, które twierdziły, że im w objawieniach rozkazano leczyć chorych. Takim np. był Irlandczyk Greatrakes[1]) w r. 1662. Dokonywał on rozmaitych cudów lecząc chorych przez nakładanie rąk. Podczas tych posiedzeń niektóre osoby wpadały w kurcze, które potém od czasów Mesmera nazywano przesileniami uleczającemi (*heilsame Krisen*). W końcu średnich wieków z rozpowszechnieniem wiary w wpływy ciał niebieskich na człowieka, témbardziéj wierzono w możliwość wpływów jednego człowieka na drugich; wszystkie takie zjawiska, które przedstawiały podobną zależność, nazywano w ogóle magnesem i ztąd w dziełach niektórych uczonych ówczesnych znajdujemy wyrażenia: *Medicina magnetica*, *cura magnetica* itd., które wcale nie zawsze oznaczały rzeczywisty wpływ magnesów. Takie wzmianki znajdujemy w dziełach Paracelsa (ur. 1490, zm. 1541), profesora w Bazylei, u Van Helmonta (1578—1644), Maxwella[2]) i innych.

Powszechną uwagę jednak na siebie i swoję teoryję zwrócił dopiero w końcu 18go stulecia wiedeński lekarz Mesmer. Posunął on w rozprawie: *De plantarum influxu* z r. 1766 analogiję między zjawiskami życia a magnetycznemi jeszcze daléj, przyjął hipotezę płynu uniwersalnego, umożliwiającego pewne współdziałanie na się ciał niebieskich, ziemskich i istot żyjących i na tém oparł swój system leczenia. System ten nie był właściwie nowym, lecz całkowicie się opierał na systemie Helmonta i Maxwella. Sama nawet metoda leczenia Mesmera była tylko pewną modyfikacyją dawno zastosowywanych sposobów. Bądźcobądź metoda ta zwróciła na siebie powszechną uwagę jeszcze podczas pobytu Mesmera w Wiedniu. Z początku Mesmer dla leczenia chorych zastósowywał sztuczne stalowe magnesy, lecz po niejakim czasie przyszedł do przekonania, że te same wpływy można wywierać i bez magnesu stosując tylko proste pociągnięcia rąk i w skutek tego w r. 1775 ogłosił nową rozprawę o magnetyzmie zwierzęcym. W r. 1778, pomimo ogromnéj sławy, którą zdobył w poprzednich latach, zmuszony był opuścić Wiedeń, gdyż lekarze wiedeńscy udowodnili mu, że pewien chory niewidomy, którego leczył i za wyleczonego uważał, nie widział nic, tak samo jak przed kuracyją. Z Wiednia przeniósł się Mesmer do Paryża i tu w krótkim czasie nietylko znalazł gorliwych zwolenników swojéj teoryi i metody leczenia, lecz nawet zdobył sobie ogólne uznanie. Powstały *Sociétés harmoniques* nietylko w Paryżu lecz i na prowincyi i te zajmowały się głównie propagandą téj teoryi. Rząd francuski przyznał mu dożywotnią subwencyję w kwocie 20.000 franków i pewną kwotę na wybudowanie zakładu. Liczba chorych, szukających pomocy u Mesmera, była tak znaczną, że osobiście działać na nich nie mógł; urządzono więc specyjalne przyrządy, drewniane kadzie z wodą magnetyzowaną i sterczącemi na zewnątrz żelaznemi sztabami, które miały mieć ten sam wpływ co ręce magnetyzera. Przyrządy te modyfikowano wielokrotnie, były nawet kieszonkowe wanienki i słoiki, a wreszcie magnetyzowane drzewa itp. Chorzy zbierali się pod takiém drzewem, trzymali się za ręce i tak w towarzystwie przy muzyce spędzali dziennie po kilka godzin.

Ostatecznie dla zbadania tego sposobu leczenia wybrano dwie komisyje, jednę z łona *Academie des sciences*, drugą z łona *Société royale de medecine*. W skład pierwszéj wchodzili między innymi B. Franklin i Lavoisier jako przewodniczący. Wypadki badań tych komisyj[3]) były mniéj lub więcéj zgodne, a główny wypadek był ten, że ani płynu magnetycznego, ani jakiegokolwiek wpływu tego płynu na chorych komisyje nie dostrzegły, że natomiast nacieranie i dotykanie chorych wywierało pewien wpływ, lecz najczęściéj niekorzystny, że imaginacyja bez magnetycznych manipulacyj wywołuje konwulsyje, a przypuszczalny magnetyzm bez imaginacyi nie ma żadnego wpływu, i że kuracyj magnetycznych, jako szkodliwych, należy zaniechać. Ruch ten jednak pomimo wniosków komisyi nie ustał. Dotychczas obserwowano tylko bardzo nieliczne zjawiska, mianowicie uspokajanie bólów, znieczulenia a przedewszystkiém pewne nerwowe stany, przeważnie noszące charakter kurczowy, konwulsyjny. Objawy te uważano za korzystny wypadek leczenia niezbędny do usunięcia cierpienia.

W r. 1784 jeden z uczniów Mesmera margrabia Chastenet de Puységur na pewnym młodym wieśniaku spostrzegł nowe zjawisko, a mianowicie zauważył, że ów młody człowiek nasamprzód pod wpływem magnetyzowania usnął, a następnie zostając w tym stanie rozmawiał i po przebudzeniu się o niczém nie pamiętał. Fakt ten wskazywał, iż w taki sposób można wywołać stan somnambuliczny. Od tego czasu na zjawiska téj kategoryi zwrócono przeważnie uwagę, a osobliwie, gdy stwierdzono, iż w ten sam sposób można wywołać i stan jasnowidzenia. Ten szereg zjawisk dołączono także do dziedziny magnetyzmu zwierzęcego.

W r. 1787 lekarz Petetin[4]) spostrzegł stan kataleptyczny i utratę czucia i również zauważył, że osoby zamagnetyzowane, jak je wtedy nazywano, mogą utrzymywać rozmowę tylko z magnetyzerem i są zupełnie obojętne na zapytania innych osób. W r. 1819 ksiądz Faria[5]) występuje przeciw teoryi Mesmerystów i dowodzi, że wszystkie manipulacyje magnetyzerów są zupełnie zbyteczne, że usypianie zależy nie od magnetyzera, lecz od magnetyzowanéj osoby i jest skutkiem własnéj wyobraźni; robi publicznie doświadczenia i usypia tylko rozkazem zasypiania. Powstały więc dwie teoryje, z których każda miała swoich zwolenników, po niejakim jednak czasie znowu zapanowała teoryja magnetyzmu zwierzęcego. W następnych latach wybitniejszych osobistości, któreby nadały nowy kierunek badaniom, nie było; powtarzano więc te same doświadczenia, tworzono rozmaite hipotezy, a głównie starano się wywołać stan somnambuliczny i jasnowidzenie. Wciąż zwracano się do rozmaitych uczonych, do Akademii Umiejętności w Paryżu, w Berlinie i do *Academie de médecine*. W r. 1826 Akademija lekarska wyznaczyła ponownie komisyję, w któréj byli Magendie i Laënnec. Pomimo pięcioletniego badania téj kwestyi członkowie komisyi nie

zgodzili się na przychylny referat Hussona i referat ten nie został ostatecznie przyjęty przez Akademiję. Magendie[6]) jako motyw przytoczył tę okoliczność, że podczas doświadczeń „nie zgodzono się na zachowanie pewnéj ostrożności niezbędnéj tak w interesie prawdy, jak i w celu uniknienia oszustwa“. W r. 1837 Akademija lekarska jeszcze raz zajęła się kwestyją jasnowidzenia i czytania bez pomocy oczu i światła i gdy jeden z członków Akademii Burdin wyznaczył nagrodę 3000 fr., a żaden z magnetyzerów, którzy się zgłaszali, pomimo ponętnéj nagrody nie mógł przedstawić takiego jasnowidzącego somnambulika, któryby w skrzyni zamknięty list przeczytał, Akademija postanowiła nie zajmować się nadal tą kwestyją i na wzywania magnetyzerów nie odpowiadać (r. 1840).

W r. 1841 lekarz angielski James Braid[7]) z Manchester wykazał, że wszystkie zjawiska magnetyczne można wywołać bez najmniejszego udziału magnetyzera, tylko przez wpatrywanie się w punkt błyszczący lub rozpatrywanie jakiegoś przedmiotu, znajdującego się w małéj odległości od oka. W skutek tego odrzucił on teoryję płynu magnetycznego i wszelką myśl o wpływie magnetyzera i podał nową teoryję, podług któréj przyczyna tych zjawisk miała leżeć wyłącznie w indywidualnych własnościach systemu nerwowego osoby magnetyzowanéj. Uważając starą nazwę „magnetyzm zwierzęcy“ za nieodpowiednią, stan w ten sposób wywołany nazwał stanem hypnotycznym. On pierwszy właściwie nadał tym badaniom więcéj naukowy charakter i dokładnie opisał znaczną część zjawisk w tym stanie obserwowanych, które mają wartość do dziś dnia i które w bardzo niedawnych czasach publicznie demonstrowano. Wykazał on także, że oprócz snu i stanu kataleptycznego i somnambulicznego można wywołać nadzwyczajną pobudliwość mięśni i zmysłów, że wszelkie wyobrażenia, czy to samoistnie powstające, czy też wywołane przez drugą osobę, mogą przedstawiać taką plastyczność i wyrazistość, iż nie ustępują wyobrażeniom odpowiadającym rzeczywistości. Daléj zaznacza on podobieństwo między stanem hypnotycznym i somnambulizmem naturalnym, jeden z pierwszych wskazuje, że częste hypnotyzowanie się ułatwia wystąpienie tego stanu, że przez częste powtarzanie można dojść do takiéj wprawy, iż sama imaginacyja wystarcza, aby ten stan wystąpił i że wola hypnotyzera, o ile ona nie jest wyrażona słowami lub gestami, lub jeżeli te ostatnie nie są zrozumiane przez medium, nie wywołuje żadnego zjawiska. Stan ten podług niego powstaje skutkiem znużenia uwagi, skierowanéj ku jednemu przedmiotowi, ku jednéj myśli i spokoju w ogóle. W późniejszych doświadczeniach zwrócił on uwagę jeszcze na jednę kategoryję zjawisk, a mianowicie na poddawanie w stanie hypnotycznym i na jawie. W osobę hypnotyzującą się można wmówić nietylko, że otrzymuje wrażenie od nieistniejących przedmiotów i ich kształtów, i barwy itp., lecz można ją także przekonać, że na nią działają pewne siły, które ją przyciągają, lub odpychają; odpowiednio do tego osoba taka będzie wykonywała pewne ruchy i w ogóle będzie się zachowywała stosownie do poddanych myśli. Swój sposób hypnotyzowania zastosował Braid i do leczenia chorych, których uważano za nieuleczonych; tak opisuje przypadki uleczenia ślepoty i głuchoty, utraty powonienia, jąkania, afazyi, neuralgii, bicia serca a nawet padaczki i gośćca. Wszystkie te doświadczenia i obserwacyje nie zyskały na razie uznania ze strony uczonych, zrażonych już poniekąd doświadczeniami magnetyzerów, a po części być może i w skutek tego, że Braid był zwolennikiem frenologii i w pracach swoich posługiwał się tą teoryją do wyjaśnienia niektórych zjawisk; jedną z przyczyn mogło być także i to, że jednocześnie prawie powstała teoryja t. zw. elektrobiologiczna Grimesa[8]), który u pewnych osób w stanie czuwania wywoływał zjawiska podobne do hypnotycznych i za przyczynę tych zjawisk uważał wpływ woli. (C. d. n.)

II. O obecnym stanie chirurgii żołądka.

Wykład habilitacyjny
Dra Rudolfa Trzebicky'ego
Asystenta kliniki chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Panowie! Wykład dzisiejszy dotyczy działu chirurgii operacyjnéj, który dopiero w drugiéj połowie bieżącego stulecia wszedłszy na pole ogólnéj dyskusyi, rychło przecież stanął prawie u szczytu swego wykończenia, w znacznéj części dzięki pracom mistrza i uczniów szkoły, do któréj i ja mam zaszczyt się zaliczać. Wprawdzie już w r. 1522 w Ratysbonie odważny jakiś chirurg, którego nazwisko jednak poszło w niepamięć, z powodu rany kłutéj jamy brzusznéj wykonał laparatomiję i zespoił ranę żołądka kilkoma szwami z pomyślnym skutkiem. W 100 lat późniéj, bo w r. 1635, Daniel Schwabe w Królewcu wydobył drogą operacyjną z żołądka nóż połknięty, ciesząc się również powodzeniem. Podobne operacyje wykonali także w XVII i XVIII stuleciu Floryjan Mather, Wesener, Hübner, Frizac i inni. Operacyje te jednak, świadczące wprawdzie o niepospolitéj odwadze i wysoko wydoskonalonéj technice poszczególnych operatorów, poszły w zapomnienie. W pojęciu ogółu chirurgów i lekarzy jama brzuszna, a zwłaszcza przewód pokarmowy, pozostały na długie jeszcze lata niedostępnemi leczeniu operacyjnemu. Kiedy w r. 1810 młody lekarz Merrem na podstawie doświadczeń na zwierzętach twierdził, że rak odźwiernika dałby się w niektórych przypadkach usunąć przez wycięcie, ogół pominął to zapatrywanie, czyli jak je zwano, to „śmiałe marzenie wieku młodocianego“ milczeniem. W połowie bieżącego stulecia dopiero Sédillot przemawia gorąco za nową operacyją, któréj daje miano gastrostomii. Choć sam nie był na tyle szczęśliwym, aby módz swe zdanie poprzeć pomyślnemi wynikami osiągniętemi na ludziach, przecież już niemała w têm zasługa, że pierwszy zdołał dokładnie określić wskazania do téj operacyi i podać dokładny jéj plan. Pierwsze w ciągu lat małym dotąd przynajmniéj uległy zmianom, ostatni w miarę wydoskonalenia techniki operacyjnéj musiał rozmaitym uledz modyfikacyjom. Odtąd też na polu chirurgii przewodu pokarmowego żywszy ruch zapanował. Liczba wykonanych gastrostomij stawała się coraz większą, wyniki względnie przynajmniéj lepsze. Niebawem podał Billroth nowy sposób trwałego zamknięcia przetok żołądka, Dittel, Czerny wykonali resekcyję jelita w celu wyleczenia odbytu nieprawidłowego, Hagedorn, Schede, Kocher, Nicoladoni i inni z powodu zgorzeli jelita uwięzgłego w przepuklinie, Gussenbauer, Thiersch i Baum resekowali większe kawałki jelita grubego z powodu nowotworów. Odtąd do resekcyi żołądka już tylko krok jeden. Toteż pojawiają się prace doświadczalne Gussenbauera, Winiwartera i Kaisera, a wkrótce potêm po Péanie i Rydygierze Billroth ogłasza przypadek wycięcia odźwiernika u człowieka z pomyślnym wynikiem. Wspomnieć tu jeszcze wypada o gastroenterostomii

Wölflera, która często chorego ratuje w obec stosunków, w których resekcyja jest niemożliwą. I na polu dyjagnostyki chorób żołądka chirurgija nie pozostała bezczynną, wspierając skutecznie medycynę wewnętrzną. Gastroskop Mikulicza pozwala nam wejrzeć w głąb żołądka bez naruszenia ścian jego i z pewnością w niektórych przypadkach może się przyczynić do utrwalenia rozpoznania. Choć przyrząd ten nader skromne tylko znalazł dotąd zastosowanie, to z biegiem czasu może i pod tym względem zajdzie zmiana.

Operacyje wykonywane na żołądku dzielimy dziś na gastrorafije, gastrotomije, gastrostomije, resekcyje odźwiernika całkowite i częściowe i gastroenterotomije.

Gastrorafiją nazywamy operacyję polegającą na zamknięciu otworu nieprawidłowego w ścianach żołądka za pomocą szwu. Wskazanie do niéj mogą stanowić zarówno z jednéj strony przetoki żołądka powstałe, czy to w skutek zabiegu operacyjnego, a więc gastrostomii, czyteż samoistnie, n. p. po przebiciu ropni lub wrzodów ścian żołądka na zewnątrz, z drugiéj zaś strony wszelkie zranienia i pęknięcia żołądka. Tu należy zaliczyć operacyje wykonane przez Mikulicza (*Sammlung klin. Vorträge* Nr. 262), Kochera (*Correspondenz-Blatt für schweizer. Aerzte* 1883 Nr. 23 i 24), Felinga (*St. Petersburger med. Wochschr.* 1884 Nr. 44), Fillenbauma (według doniesienia listownego), Szteynera (*Medycyna* 1887) i innych, którzy znalazłszy wśród laparotomii nadwerężenie ścian żołądka, powstałe czy to w skutek samoistnego pęknięcia, czyteż skutkiem skaleczenia nożem lub kulą, zeszyli brzegi rany z pomyślnym wynikiem. Zabieg ten przy dzisiejszéj technice operacyjnéj nie tylko jest zupełnie usprawiedliwionym, ale wręcz ściśle wskazanym.

Przetoki żołądkowe wtedy tylko wymagają téj operacyi, jeżeli dochodzą większych nieco rozmiarów, mniejsze zamykają się albo same, albotéż po lekkiém tylko przyżeganiu. Dawniejsze próby pokrycia przetoki płatem wyciętym z najbliższego otoczenia, jakkolwiek chwilowo prowadziły do celu, najczęściéj nie usuwały jednak przetoki na stałe, gdyż świeża blizna wyjątkowo tylko zdołała oprzeć się działaniu soku żołądkowego. Dopiero Billroth (*Wiener med. Wochschr.* 1877 Nr. 38) utorował w tym kierunku drogę. Po nieudanych licznych próbach zamknięcia przetoki żołądkowéj u młodéj dziewczyny zwykłemi sposobami, odpreparował on ścianę żołądka od brzegów przetoki i zespoił je szwem, pokrywając następnie ubytek w powłokach brzusznych płatem osobnym. Postępowanie to było uwieńczone jak najpomyślniejszym skutkiem.

Otwarcie żołądka drogą operacyjną, najczęściéj w celu wydobycia ciał obcych przypadkowo połkniętych, z natychmiastowém zespojeniem brzegów rany nazywamy gastrotomiją, w przeciwstawieniu do gastrostomii, t. j. operacyi, przy któréj zakładamy na czas dłuższy lub na zawsze przetokę żołądkową. Według zestawienia Credego (*Archiv für klin. Chir.* T. 33 XXIII) wykonano dotychczas gastrotomię 26 razy, a mianowicie 22 razy z wynikiem pomyślnym. Doliczyć tu jeszcze należy jeden przypadek operowany przez Maydla (*Internat. klin. Rundschau* 1887) i przypadek, o którym wspomniał na tegorocznym Zjeździe chirurgów Stelzner. Drogą tą usunięto z żołądka widelce, noże, łyżki, katetery, sztuczne szczęki i t. p. 2 razy wydobyto guzy składające się z posklejanych kawałków włosów. Obydwa przypadki dotyczyły młodych dziewcząt, które przez długie lata odgryzały sobie koniuszki włosów i połykały takowe. Kawałki te zlepiwszy się ze sobą utworzyły guzy znacznych rozmiarów. W przypadku operowanym przez Schönborna (*Archiv f. klin. Chir.* T. 29, XXIV) przedstawiał tenże guz jakby odlew całego żołądka. W przypadku zaś Thorntona (*Lancet* 1886, styczeń) rozpoznano przed operacyją nowotwór złośliwy okrężnicy poprzecznéj, podczas gdy przy operacyi znaleziono w samym żołądku guz, ważący przeszło 2 funty. Obie te chore wyzdrowiały. Z pomiędzy zebranych przez Credego operacyj znaczna część przypada jeszcze na czasy przedantiseptyczne. Jeżeli mimo tego wyniki operacyi téj już wtenczas były względnie tak korzystne, jak to wynika z cyfr podanych, to tłumaczy się to w pierwszym rzędzie tém, że dawniéj decydowano się przeważnie wtedy dopiero do operacyi, kiedy wytwarzający się ropień w powłokach brzusznych dawał rękojmię, że ściany żołądka zlepione już były z powłokami brzusznemi, a tém samém cała operacyja odbyć się mogła bez otwarcia otrzewny. Pod tym względem dziś stanowcza zaszła zmiana. W każdym przypadku, w którym na pewno stwierdzono, że chory połknął czyto z umysłu, czy przypadkowo jakieś ciało, o którém trudno przypuścić, żeby bez trudności zdołało przejść przez przewód pokarmowy, jesteśmy w prawie otworzyć żołądek i wydobyć ciało obce na zewnątrz. Operacyja sama przez się wykonana według zasad dzisiejszéj chirurgii nie zagraża choremu żadném niebezpieczeństwem. Nie powinna nas zresztą pod tym względem bałamucić ta okoliczność, że organizm potrafi czasem bez szwanku naturalną drogą wydalić przedmioty nader niebezpieczne. I tak znany jest przypadek Cunningsa, który po pijanemu połknął 4 noże; 3 z nich odeszły po niejakim czasie ze stolcem, 4go zaś już nigdy więcéj nie widziano. Wyjątki podobne wcale nas jednak nie uprawniają do zachowania się biernego w obec takiego przypadku; operując wcześnie ratujemy dziś prawie na pewno chorego, przez wyczekiwanie zaś narażamy go na cały szereg niebezpieczeństw.

Tu zaliczyć musimy także operacyję jednorazowego forsownego rozszerzenia odźwiernika. Zabieg ten podany przez Loretę dla usunięcia zwężeń bliznowatych odźwiernika, polega na tém, że po otwarciu żołądka wchodzi się dwoma palcami do wnętrza tegoż ku dwunastnicy i mocno rozciąga się zwężony odźwiernik, poczém następuje zeszycie żołądka i rany brzusznéj. Jakkolwiek technika téj operacyi jest bardzo prostą, toć przecież zdaje się, że postępowanie to jest zanadto niepewne w obec znanéj dążności wszystkich bliznowatych zwężeń do recydyw. Totéż tylko wyjątkowo chyba moglibyśmy się zdecydować do téj operacyi, zwłaszcza że posiadamy dziś liczne inne pewniejsze sposoby usunięcia tego cierpienia, o których później jeszcze będzie mowa. Na tém miejscu chciałbym tylko jeszcze wspomnieć o operacyi plastycznéj, wykonanéj w jednym przypadku z tego samego wskazania przez prof. Mikulicza, którą także do rzędu gastrotomij zaliczyć wypada. U choréj młodéj, w wysokim stopniu wyniszczonéj w skutek ciągłych krwotoków z wrzodu żołądka i znacznego stopnia zwężenia odźwiernika, postąpił prof. Mikulicz w ten sposób, że po otwarciu przedniéj ściany żołądka w kierunku równoległym do osi żołądka przypalił energicznie termokauterem dno wrzodu, znajdującego się na tylnéj ścianie i zrośniętego z głową trzustki, a następnie zespoił brzegi rany żołądka zamiast w kierunku pierwotnym, a więc podłużnym, w kierunku poprzecznym. W ten sposób odźwiernik przedtém zaledwie

drożny dla końca palca, z łatwością przepuszczał całe 2 palce. Chora niestety zabiegu nie przetrzymała, umarła bowiem na trzeci dzień skutkiem wycieńczenia.

Jeżeli, jak widzieliśmy, wskazanie do gastrotomii nie tylko dotąd wcale nie zostało zakwestyjonowane, ale nawet poniekąd rozszerzane, to nie możemy tego samego powiedzieć o gastrostomii. Pod tym względem zdaje się powoli rozwijać reakcyja, która ma na celu ograniczyć poniekąd wskazania do niéj, a raczéj wykluczyć z ich rzędu indikacyję, z powodu któréj najczęściéj dotąd gastrostomiję wykonywano, t. j. nowotwory złośliwe połyku. Pierwszym, który już w r. 1837 zalecał tę operacyję, choć tylko na podstawie teoretycznego rozumowania i doświadczenia zebranego na przypadkach, w których po zranieniach powstała przetoka żołądkowa, był norwegski lekarz wojskowy Egeberg. Na zwierzętach wykonali tę operacyję w celach fizyjologicznych Bassow i Blandlot w r. 1842 i 1843. Na człowieku zaś wykonał ją po raz pierwszy w r. 1849 Sédillot. Niezależnie od niego i prawdopodobnie nie znając wcale prac swych poprzedników wykonał tę operacyję w r. 1853 Fenger. Jeżeli zasługą Sédillota jest, że podał ściśle wskazania do operacyi, które dotychczas przynajmniéj nieznacznym uległy tylko zmianom, to niemniejszą zaletą Fengera, że cięcie w powłokach brzusznych przez niego podane, powszechnie prawie zostało aż dotąd stosowane. Sédillot zaleca wykonanie gastrostomii z następujących powodów: 1) z powodu wrodzonego braku połyku, 2) z powodu niedrożności połyku, wywołanéj albo przez ucisk od zewnątrz, albo przez zwężenia bliznowate lub wreszcie nowotworowe. Z powodu pierwszego wskazania dotąd nikt jeszcze nie operował, z powodu drugiego według statystyki zebranéj przez Zesasa (*Archiv f. klin. Chir.* T. 32 VI) wykonano 162 operacyj; a mianowicie 129 razy dał do niéj pochop nowotwór rakowy, 31 razy blizna, a 2 razy zwężenie syfilityczne. Dodać tu jeszcze wypada 28 operacyj z kliniki Alberta ogłoszonych przez Maydla i 3 przypadki operowane przez Hahna (*Berl. klin. Wochschr.* 1885 Nr. 50 i 51) i Schedego (*Centralblatt f. Chir.* 1880, str. 222), w których starano się przez przetokę żołądkową rozszerzać zwężenie nowotworowe odźwiernika. Z przypadków zestawionych przez Zesasa umarło z operacyj 133 chorych, a tylko 18 chorych z rakiem, a 11 z blizną wyzdrowiało. Liczby te nie mogą wcale przemawiać na korzyść téj operacyi. Choć musimy przyznać, że największa ilość chorych zgłasza się do chirurga już w stanie rozpaczliwym, kiedy wyniszczenie doszło do najwyższego stopnia, choć i to nie ulega wątpliwości, że z erą antiseptyczną i wyniki gastrostomii stały się lepsze, przecież jednak zdaje się, że wskazania do niéj powinny dziś znacznéj uledz zmianie. W przypadkach zwężeń bliznowatych, opierających się zwykłemu leczeniu za pomocą sondy z pewnością operacyja ta, jako środek ratujący życie chorego, jest ściśle wskazana. Chorzy Verneuila i Trendelenburga (*Archiv f. klin. Chir.* T. 22 VII) najlepszym tego są dowodem. Chory Trendelenburga pokarmy przeżute w ustach przez długi dren, niby sztuczny połyk, wprowadzał sobie do żołądka i w ten sposób odżywiał się zupełnie odpowiednio. W niektórych razach, gdzie nie podobna z góry przejść sondą przez zwężenie, udaje się to względnie z łatwością od strony żołądka. Tą drogą osiągnęli wyniki pomyślne Schattauer (*Przegląd Lek.* 1883 Nr. 50), Caponotto (*Centralblatt f. Chir.* 1885 str. 446) i inni. W ostatnich czasach wreszcie polecił Hacker w przypadkach zwężeń drożnych tylko dla cienkich strun przywiązać do jednego końca tejże dren cienki i następnie przeprowadzić naprzód strunę przez przełyk, aż się koniec tejże ukaże w żołądku; następnie pociągając za ten koniec można przeciągnąć także za struną przez zwężenie i dren, który mocno rozciągnięty z łatwością przechodzi przez strykturę, w chwili ustania zaś działania siły, wracając do swych prawidłowych rozmiarów, rozpiera jéj ściany ze znaczną siłą.

Inaczéj rzecz się ma przy zwężeniach nowotworowych. Na 129 chorych umarło 111 jużto z saméj operacyi, jużtéż w najbliższych tygodniach, a tylko 18 wyzdrowiało, t. j. jak Zesas wyraźnie dodaje, żyli oni albo jeszcze w czasie ogłoszenia historyi choroby, albo téż o dalszym ich losie nie można było zasięgnąć wieści. Najprawdopodobniéj zmarli oni także po kilku tygodniach lub miesiącach. Nie podobna zaprzeczyć zdaniu wygłaszanemu przez zwolenników gastrostomii, że gdyby się chorzy we wcześniejszym okresie choroby zgłaszali do operacyi i wyniki tejże stałyby się znacznie lepsze. Ale zapytajmy się, ilu chorych, mogących jeszcze jako tako połykać, zgodzi się na tę bądźcobądź w następstwach przykrą operacyję i rozważmy, czy nie możemy prostszą drogą osiągnąć tego samego rezultatu, co i przez operacyję krwawą? Na drugie pytanie stanowczo musimy odpowiedzieć twierdząco. Zachodzą tu bowiem dwie możliwości. Albo chory zasięgający rady chirurga doznaje trudności dopiero w połykaniu stałych pokarmów, podczas gdy płyny jeszcze z łatwością przechodzą, albotéż i tych ostatnich przełknąć nie jest w stanie. W pierwszym razie przy jakiéj takiéj wprawie i obopólnéj cierpliwości udaje się jeszcze zazwyczaj przeprowadzić zgłębnik przez miejsce zwężone i powoli je rozszerzyć. Trzeba się samemu przekonać, ile tą drogą w rozpaczliwych na pozór nawet przypadkach jeszcze zdziałać można, do jakiego stopnia choremu można ulżyć cierpień i podnieść ogólne odżywienie, aby się wyrzec raz na zawsze chęci wykonania gastrostomii przy takim stanie. Jeżeli zaś chory już i płynów nie jest w stanie połknąć, to prawie zawsze jest już do tego stopnia wyniszczony i osłabiony, że go już i operacyja nie wyratuje. W obec tego zdaje się, że nowotwory rakowate z czasem znikną z rzędu wskazań wymagających wykonania gastrostomii. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Okulistyka.

Fournier: **Rozpoznawanie porażeń nerwu okoruchowego skutkiem wiądu rdzenia pacierzowego.**

Wiadomo, że porażenia mięśni ocznych są bardzo często zwiastunem wiądu i występują najczęściéj w jego okresie początkowym. Na 94 przypadki, które autor pod tym względem badał, znalazł w 45, a więc niemal w połowie, porażenia mięśni ocznych. Wiadomo również, że te porażenia dotyczą częściéj mięśni zaopatrywanych przez n. okoruchowy, aniżeli reszty mięśni ocznych. Ważność tych porażeń jest tém większą, ile że bardzo często występują one w początkach wiądu jako pierwszy i jedyny jego objaw, tudzież że wyprzedzają pojawienie się wszystkich innych objawów nierzadko na długi czas. Wiele zatém zależy na rozpoznaniu przyrody porażeń i oznaczeniu cech, po których rozpoznaćby można ich przyczynę. Przedewszystkiém śledzić należy starannie, czy porażeniu nie towarzyszą podejrzane objawy wiądu, należące do okresu wyprzedzającego bezład ruchowy

bo w takim razie porażenie uważać należy za objaw zwiastunowy wiądu, a rozpoznanie będzie łatwe i jasne. Inaczéj ma się rzecz, jeżeli najdokładniejsze badanie nie wyśledzi żadnego podejrzanego objawu wiądu, gdyż i w takim razie porażenie n. okoruchowego może być objawem początkowym wiądu. W takichto przypadkach ważnémby było znać cechy, po których poznaćby można, czy porażenie jest skutkiem zmian w nerwie, czy też skutkiem wiądu, a takie rozróżnienie, jak autor nie waha się twierdzić, jest na podstawie pewnych właściwości możebne i niemal pewne. Niektóre z tych cech odróżniających poznano i podnoszono już, ale dotąd nie ujęto ich w obraz jednolity, a autor pragnie temu niedostatkowi zaradzić. Cechy te odnoszą się w części do stanu obecnego, po części zaś do przebiegu porażeń. Pierwszą taką cechą zasadniczą a nawet wprost rozstrzygającą jest, że porażenia, które są następstwem zmian w nerwie okoruchowym (czyto np. zmian w samym jego pniu, czy to ucisku wywieranego na niego przez kilak znajdujący się w sąsiedztwie, lub też zapalenia opon sklerotycznego) są prawie zawsze całkowite, dotyczą całego nerwu i zajmują wszystkie jego gałęzie. Porażenie takie odznacza się więc opadem powieki górnéj, zézowatością rozbieżną, zniesieniem ruchów oka ku górze i ku dołowi, rozszerzeniem źrenicy i brakiem jéj oddziaływania tak na światło jak na bodźce akomodacyjne. Wydarzają się wprawdzie wyjątki, ale w każdym razie rzadkie, jak przypadek podany przez Ziemssena, w którym kiłowe zapalenie opon mózgowych na podstawie czaszki wywołało porażenie tylko mięśnia prostego dolnego. Porażenia wiądowe przeciwnie są prawie zawsze (przynajmniéj w swoim początku) częściowemi, dotyczą tylko niektórych gałązek n. okoruchowego. I tak na 62 przypadków tego rodzaju porażeń, które wystąpiły jużto jako zwiastuny, jużto na krótki czas przed początkiem wiądu, znalazł autor w 61 porażenie częściowe, a w jednym tylko całkowite. Zastanawiając się bliżéj dochodzi się do spostrzeżenia, że w przeważnéj większości przypadków porażenia wiądowego dotyczy ono źrenicy i to tylko jéj wyłącznie, lub też w połączeniu z porażeniem innych mięśni ocznych. Na 62 przypadków była źrenica dotkniętą 37 razy, a mianowicie 28 razy tylko sama jedna, w 9 zaś razem z porażeniem innych mięśni ocznych (w 3 przypadkach dźwigacz powieki górnéj i prosty wewnętrzny, w 2 dźwigacz powieki, w 2 prosty wewnętrzny, 1 raz prosty dolny, 1 raz prosty dolny i dźwigacz powieki górnéj). Nie przywięzując zbytniéj wagi do tych liczb stosunkowych, widzimy przecież z tych spostrzeżeń: 1) Że porażenia wiądowe n. okoruchowego dotyczą najczęściéj źrenicy. 2) Że dotyczą jéj wyłącznie prawie w połowie wszystkich przypadków (28 na 61). Inaczéj zachowują się porażenia kiłowe, a raczéj wprost przeciwnie. I one dotyczą wprawdzie także źrenicy, ale tylko dla tego, że zajmują wszystkie rozgałęzienia końcowe n. okoruchowego, nigdy zaś nie ograniczają się do porażenia saméj źrenicy, które jest też niejako tylko dodatkowém i stanowi objaw podrzędny i znikający poniekąd w zbiorze zboczeń czynnościowych, jak zézowatość, widzenie zdwojone, nieruchomość oka w tym lub owym kierunku. Różnicę tę tłumaczy F. ze stosunków anatomicznych. Zmiany chorobowe, wywołujące porażenia kiłowe, mają swoją siedzibę między wyjściem nerwu z mózgu a jego rozgałęzieniem się w oczodole, dotyczą więc jego pnia, w którym znajdują się połączone wszystkie jego gałęzie, muszą zatém objawiać się równoczesném porażeniem wszystkich gałązek. Wprost przeciwnie ma się rzecz, jeżeli zmiany chorobowe znajdują się w samych jądrach początkowych w mózgu, bo zmiany te mogą dotyczyć tego lub owego jądra, a nie zajmować innych, mniéj lub więcéj oddalonych, najczęstszą zaś sprawą chorobową, wywolującą takie zmiany jąder początkowych jest właśnie wiąd. Drugą cechą właściwą porażeniom wiądowym jest zachowywanie się źrenicy na wpływ światła i akomodacyi. Wiadomo, że źrenica oka zdrowego zwęża się na wpływ światła, wpadającego do oka, tudzież przy zastosowaniu się oka do przedmiotów blizkich. Zupełna nieruchomość źrenicy tak na wpływ światła, jakotéż i na wpływ akomodacyi, cechuje zwyczajne porażenia n. okoruchowego, zrządzone przez kiłę i inne przyczyny, skoro ich przyczyną anatomiczną są zmiany samego pnia nerwowego. Zupełnie inaczéj przedstawiają się porażenia źrenicy wiądowe, przynajmniéj w ogromnéj większości przypadków. Źrenica bywa rozszerzona i nie oddziaływa na wpływ światła, lecz zwęża się pod wpływem akomodacyi, t. j. gdy choremu każemy nagle wpatrywać się w przedmiot blizki, np. nasz palec blizko oczu trzymany. Krótko mówiąc: brak odruchu na wpływ światła z utrzymaniem odruchu akomodacyjnego. W ten sposób nie zachowuje się źrenica nigdy w porażeniach pochodzących z innych przyczyn, mianowicie wywołanych przez kiłę. Brak odruchu akomodacyjnego jest więc objawem pomyślnym, bo pozwala wykluczyć wiąd; utrzymanie tego odruchu jest przypadem złowrogim, bo ono samo przemawia za wiądem, jako przyczyna porażenia. Miejsce rozszerzenia może zająć zwężenie źrenicy samo lub też w połączeniu z porażeniem któregokolwiek z mięśni zaopatrywanych przez n. okoruchowy. Oprócz tych cech odnoszących się do stanu obecnego, a dozwalających odróżnić porażenia wiądowe od innych, zwłaszcza kiłowych, okazują one jeszcze w swoim przebiegu pewne właściwości, różne w miarę przyczyny wywolującéj. I tak porażenia kiłowe cechują się swoją trwałością, a nieleczone kończą się zazwyczaj zupełną bezczynnością mięśni zaopatrywanych przez n. okoruchowy. Inaczéj zachowują się porażenia wiądowe, zwłaszcza te, które nas tutaj najbardziéj obchodzą, t. j. powstające w samych początkach wiądu, a więc zwiastujące bezład ruchowy dlugi czas naprzód. Porażenia te odznaczają się w ogólności tém, że bywają często przemijające, nietrwałe. Trwają one np. niekiedy parę tygodni, kilkanaście, a nawet tylko kilka dni, a niezbyt rzadko są tak przelotne, iż trwają tylko dzień jeden, kilka godzin lub jeszcze króciéj. Jeżeli więc jakiś chory cieszy się z szybkiego ustąpienia porażenia, lekarz smucić się niém raczéj winien, bo jest ono oznaką wiądu i to wiądu niegrożącego dopiero, lecz już niewątpliwego. Ale wniosek odwrotny nie jest usprawiedliwiony, bo chociaż porażenie przemijające uważać można właśnie dla tego, że jest przemijające za wiądowe, to porażenie trwałe nie wyklucza bynajmniéj wiądu, który wywołuje nie tylko przemijające ale i trwałe porażenia.

Nie ulega wątpliwości, że porażenia będące skutkiem zmian w pniu nerwowym lub jego sąsiedztwie mogą po wyleczeniu powrócić, lecz takie powroty są w ogólności rzadkie, wprost wyjątkowe, ale to, co tutaj jest wyjątkiem, bywa regułą w przypadkach porażeń wiądowych. Bardzo często porażenie wiądowe n. okoruchowego znika, lecz powraca znów w téj saméj lub odmiennéj postaci anatomicznéj. Jedném słowem powroty cechują porażenia wiądowe, a ich pojawienie się przemawia przeciw kile, a za wiądem

jako przyczyną porażenia. Odmiennie nareszcie zachowują się porażenia pod względem ustępowania w miarę przyczyny, która je wywołała. Porażenia wiądowe mogą być trwałe albo też przemijające, wyleczne. W tym ostatnim razie odznaczają się one często po pierwsze tém, że ustępują nierzadko szybko, czasem nawet nagle, powtóre, że wyleczenie ich bywa dobrowolne, wydarza się bez jakiegokolwiek leczenia. Porażenia natomiast, będące skutkiem zmian kiłowych samego pnia nerwu okoruchowego lub jego sąsiedztwa, nie okazują skłonności do ustąpienia dobrowolnego, a powtóre, poddane należytemu leczeniu swoistemu ustępują zwolna i stopniowo. Jeżeli więc porażenie nerwu okoruchowego polepsza się i ustępuje w krótkim czasie, rokować należy niepomyślnie, bo w ten sposób dokonywa się wyzdrowienie w znacznéj liczbie przypadków porażenia wiądowego. Jeżeli przeciwnie w jakimś przypadku porażenie polepsza się pod wpływem leczenia swoistego trudno i krokiem wolnym, a ustępuje stopniowo, winszować można choremu, bo z jednéj strony spodziewać się można zupełnego wyleczenia, z drugiéj strony nie ma obawy wywiązania się wiądu rdzenia pacierzowego.

W końcu zestawia autor cechy odróżniające porażenia nerwu okoruchowego w sposób następujący:

Będące objawem wiądu.	Będące objawem zmian układu nerwowego.
I. Porażenia częściowe, dotyczące często wyłącznie saméj źrenicy.	I. Porażenia całkowite.
II. Okazują jednę z dwóch właściwości: 1° Utrzymanie odruchu akomodacyjnego. 2° Zwężenie źrenicy.	II. Nie wydarza się nic podobnego.
III. Często szybko przemijające, niekiedy przelotne, chwilowe.	III. Trwałe.
IV. Znaczna skłonność do powrotów.	IV. Nieskłonne do powrotów
V. Ustępują często dobrowolnie i nagle.	V. Ustępują tylko skutkiem leczenia swoistego i w sposób powolny, a stopniowy.

(*Recueil d'Ophthalmalogie* Marzec 1887). *Rydel.*

Medycyna wewnętrzna.

O. Fräntzel: Kreozot w suchotach.

Jeszcze w 4tym dziesiątku tego stulecia używano kreozotu w suchotach płucnych, jednak skutki nie były zadowalające, tak, że wkrótce zapomniano o nim zupełnie. Dopiero Bouchard i Gimbert w r. 1877 na nowo zaczęli stosować ten środek w większych niż przedtém dawkach i gorąco go polecali w suchotach płucnych. Zachęcony więc wynikami, jakie otrzymali ci dwaj autorowie, zaczął go Fräntzel używać u chorych w Charité już od r. 1877. Zwykle podawano chorym mięszankę złożoną z kreozotu 13 grm., *Tinct. gent.* 30·0, *Spir. vin. rectificatss.* 250·0, *Vini xerens. q. s. ad col.* 1000·0, S. 2—3 łyżki na dzień, lub też w przypadkach, w których należało podawać rozczyn słabszy, brali chorzy: *Kreosoti* 1·0, *Tinct. gent.* 2·5, *Spir. vini rectificatiss.* 25·0, *Vini xerens. q. s. ad col.* 100·0, z tego 2—3 łyżeczki w szklaneczce wody. Dla porównania jednych chorych żywiono doskonale, umieszczano w najodpowiedniejszych warunkach higijenicznych i żadnych innych leków nie podawano, drugim zaś w tych samych warunkach podawano kreozot. Wyniki były bardzo dobre, szczególnie u tych chorych, którzy nie mają jeszcze bardzo rozległych zmian w płucach. Łaknienie się zwiększało, plwocin było o wiele mniéj, kaszel, krótki oddech i bóle w piersiach zmniejszały się z czasem, a równocześnie z tém i na wadze chorych przybywało. 3—5 funtów przybytku na wadze było zwykłą rzeczą, bywały jednak przypadki, że waga podnosiła się o 20—30 funtów. Jeżeli w przeciągu pierwszych 4 tygodni ciężar ciała nie zwiększa się, to w tych przypadkach nie możemy się spodziewać polepszenia. Z ogólném polepszeniem idzie w parze zmniejszenie się ilości prątków gruźliczych, a nacieki w szczytach powoli się rozdzielają i rzężenia znikają. Jednakże ilość prątków nie zmniejsza się w prostym stosunku do ogólnego polepszenia i w rzadkich tylko przypadkach schodzi ilość prątków ze skali (Dr. Gaffky) Nr. 3 na Nr. 2, Nr. 1, lub wreszcie zupełnie znikają. Odsetek chorych, u których nastąpiło albo wyleczenie albo znaczne polepszenie, nie jest tak znaczny, bo na 400 chorych suchotników leczonych w Charité wynosi zaledwie 15. Niektórzy chorzy rok rocznie na zimę powracali do szpitala, doznawali znacznego polepszenia, a z wiosną opuszczali zakład, będąc zdolni do pracy zawodowéj. Również i prof. Sommerbrodt w Wrocławiu („o leczeniu gruźlicy kreozotem" *Berlin. klin. Wochschr.* Nr. 15) zachwala bardzo kreozot w niezbyt ciężkich przypadkach suchot płucnych. Stosował on kreozot w kapsułkach, które zawierały 0·05 kreozotu i 0·2 *balsam. tolutani.* Pierwszego dnia podaje jednę kapsułkę, drugiego dnia dwie, a następne 8 dni po 3 dziennie, po każdém jedzeniu jednę. W 2gim tygodniu 4 kapsułki, w 3cim tygodniu 5, w 4tym tygodniu 6. Jeżeli chorzy znoszą dobrze kreozot, a na 100 chorych zaledwie jeden z powodu odbijania, krztuszenia się i wymiotów musi zaprzestać leczenia, to zacząwszy od 6go tygodnia przez 2 miesiące daje po 6 kapsułek i powoli do 9ciu dojść można. Po 2—3 miesiącach zwykle następuje przerwa kilkutygodniowa, a następnie zaczyna się znowu od początku i w razie potrzeby prowadzi się takie leczenie przez rok cały. Bywały nawet przypadki, że chorzy bez przerwy zażyli 600—1200 kapsułek, a jedna chora bez przerwy zażyła nawet 2000 kapsułek, zacząwszy od stycznia a skończywszy w grudniu tegoż samego roku. W styczniu chorę tę przedstawiono na wykładzie studentom i wówczas miała głęboki wrzód gruźliczy na lewym wyrostku głosowym, rozległy naciek w prawym szczycie, wyraźny oskrzelowy wdech, rzężenia dźwięczne, gorączkę, poty nocne, przytém nie miała żadnego łaknienia i schudła w ostatnich czasach nadzwyczajnie. Badając ją zaś w grudniu można było widzieć tylko bliznę na miejscu dawnego wrzodu, a żadnych zmian w płucach nie można było wykazać. Chorzy mogą się łatwo przyzwyczaić do kreozotu, tak że nieraz czują brak jego, kiedy w leczeniu następuje jakaś przerwa. W początkach zazwyczaj bywa odbijanie, jednak i to chorzy przezwyciężają, a w razie gdyby odbijanie mocno chorym dokuczało, w takim razie należy zrobić kilku lub kilkunastudniową przerwę. Podczas miesiączki lepiéj chorym kreozotu nie podawać, ponieważ nieraz prof. S. zauważył, że krwawienie miesięczne bywa śród używania kreozotu bardzo obfite. Jedna jeszcze jest dodatnia strona kreozotu, że przy jego użyciu kaszel się zmniejsza i plwocin wykrztusza chory o wiele mniéj, tak że można zupełnie obejść się bez morfinu, zwykle w takich razach używanego. Bez używania chininu i agariciny chorzy tracili gorączkę i poty, a ogólne odżywienie i wejrzenie znacznie

się poprawiało. Nawet w takich przypadkach następowało polepszenie, w których chorzy znajdując się w złych warunkach higijenicznych wcale ich nie zmieniali. Niemniéj dobre wyniki dawał kreozot w zołzowych obrzmieniach gruczołów, które dopiero po dłuższém użyciu kreozotu zmniejszały się, a nie ulegały żadnéj zmianie na lepsze po innėm leczeniu.

W ogóle można powiedzieć, że czém więcéj kreozotu dostaje się do organizmu, tém skutki są prędsze i lepsze. Na dowód tego może służyć chory uczeń gimnazyjalny, który przedstawił się prof. S. d. 17 listopada ze znacznym naciekiem w płucach. Prof. S. polecił 3 kapsulki na dzień, lecz chory w skutek niezrozumienia używał 3 razy po 3, czyli prawie $1/_2$ grm. dziennie. Badany d. 28 grudnia okazywał bardzo znaczne polepszenie pod każdym względem, tak że nie było potrzeby zmieniać nic w leczeniu. Dnia 29 stycznia wyżył w ten sposób 627 kapsułek czyli w 73 dniach 31 grm. kreozotu. Badanie przedmiotowe nie wykazuje stłumienia w płucach, tylko nieznaczne rzężenia, chory przytém kaszle bardzo mało, nie wykrztusza nic, a na wadze przybyło go 5 funtów. Ten i podobne przypadki zachęcają prof. S. do polecenia kreozotu w wyżéj wymienionych przypadkach. *(Deutsch. med. Wochschr.* 1887 Nr. 14), (*Berl. klin. Wochschr.* 1887 Nr. 15). Dr. *J. Surzycki.*

IV. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

Rozpowszechnione używanie makowca było dla mnie jedną z najciekawszych okoliczności, na którą zwróciłem uwagę zaraz na wstępie do Persyi. Już w okolicach Kermanszachu i Kengawaru widząc znaczne przestrzenie pokryte zasiewami maku, skropione i doglądane bardzo starannie, przypuszczałem, że uprawa téj rośliny jest tutaj jednym z ekonomicznych środków zapewniających dobrobyt ludności pewnych okolic. W tém mniemaniu utrzymywały mnie jeszcze zebrane szczegóły o ilości zbieranego soku, dochodzącéj w pewnych okolicach do 10ciu tysięcy funtów rocznie i płaconych na miejscu po 14 franków za funt. Gdy zaś uwzględnimy, że w całéj Persyi uprawa maku daje produkt obliczany na 87 tysięcy batmanów, prawie 250 tysięcy funtów, wypadałoby uważać tę gałęź rolnictwa jako bardzo korzystną dla właścicieli ziemskich. Tak jednak nie jest. Uprawa bowiem maku nie ma tu na celu wywozu tego produktu za granicę, a tylko pochłanianie całéj téj ilości w kraju i to drogami, z któremi się wkrótce zapoznamy. Jedynie zaś tylko nasienie maku wydobyte po uprzedniém zebraniu soku, a zatém na pół dojrzałe, jest przedmiotem nieznacznego wywozu do Iraku i Kurdystanu.

Wszystkie znane dotąd botanikom odmiany maku (rod. Papaver) bywają uprawiane i wybornie udają się w Persyi. Zasiew nasienia rozpoczyna się zwykle w drugiéj połowie lutego i trwa do końca marca. W wyborze gleby tutejszy mieszkaniec nie znajduje żadnéj trudności. Byleby przestrzeń nie była żwirowatą, można być pewnym, że zasiew się uda. A do tego wystarcza poruszyć glebę motyką, ułożyć w bruzdy, w które rzuca się ziarno, pozostawiając je samemu sobie. W drugiéj połowie maja roślina pokrywa się już kwiatem, łodyga staje się korowatą, główka tylko pęcznieje, powiększa się i jednoczy w sobie całą siłę wegetacyjną, tak że z końcem czerwca, t. j. z chwilą opadania płatków korony kwiatowéj, rozpoczyna się zbieranie soku. Czém gdzieindziéj oczyszczanie basztonów lub winobranie, tém w okolicach uprawy maku czas zbierania jego soku. Wtedyto mieszkańcy całych miasteczek lub wiosek bez różnicy płci i wieku wyruszają ranną godziną na pola, czekają na podeschnięcie rosy i ostrząc swoje nożyki, powoli ustawiają się przy grzędach. Na dane hasło zwykle wykrzyk „*Ali mewdżud*“ (obecny Ali), lub poprostu zanucenie stosownéj piosenki, wszystko zabiera się do roboty. Krzywym nożykiem z bardzo wydatnym i ostrym brzuścem robi się kilka podłużnych nacięć na makówce, czyni się toż samo z inną i następną, odbywając ten mały rękoczyn z nadzwyczajną szybkością, podniecaną jeszcze ciągle kontynuowaną piskliwą śpiewką. W parę godzin tysiące makówek mogą być w ten sposób nacięte: a cała rzecz zależy na tém, ażeby robota została skończoną przed siódmą godziną rano. Tak ponacinane makówki pozostawiają się na całe 24ry godzin, strzeżone przez wyłącznie już oswojonych robotników. Nożyki tylko użyte do nacinań są poddawane lekkiemu oskrobaniu i w małéj ilości zebrany z nich sok oddaje się właścicielowi pola, jako najprzedniejszy produkt. W ciągu doby z ponacinanych szpar wydziela się pewna ilość mlecznego soku, gęstniejącego na powierzchni makówki i wkrótce przybierającego brunatną barwę. Takito sok natychmiast zbierają za pomocą żelaznéj łopatki i drewnianéj rynewki, z których pierwszą robotnik trzyma w prawéj ręce, drugą zaś zawiesza na szyi. Łopatką sok zgarnia się z powierzchni makówki, wkłada się do rynienki, w któréj zebrana pewna jego ilość wrzuca się do naczyń glinianych, wewnątrz zwilżonych pewną ilością olejku kokosowego. Naczynia zawierające sok przykrywa się jużto liśćmi maku, lub téż sok już stężały zbija się w gomułki, okręca się liśćmi szczawiu i przysypuje się jego nasieniem. W takim stanie sok przechowuje się do dalszego użytku, lub też jeżeli ma być użyty zaraz do wdychania, poddaje się następującéj jeszcze przeróbce. Na żelazną wypolerowaną płytę, ustawioną pochyło ku ziemi, nakłada się pewną ilość zgęstniałego soku i szeroką lecz giętką żelazną łopatką rozprowadza się go po powierzchni płyty. Raz rozciągnięty, znowu się zbiera, rozmiażdża, aż do utworzenia jednostajnéj masy, która w ten sposób roztarta, zmienia swoją barwę, i z brunatnéj, jaką była, staje się pomarańczową. Wreszcie tak przerobioną rozdziela się na kwadratowe lub podłużne kosteczki, obwija się złotym papierem i opatrzoną pieczątką wyrabiającego wprowadza się w handel, któremu oddają się tylko wyłącznie uprzywilejowani, nie w skutek jednak uznanéj uczciwości, lecz dla zręczności, jaką posiadają w zachwalaniu i rozprzedawaniu makowca. Rzecz prosta, że pewną jego ilość zachowuje się na domowy, spiżarniany, że tak go nazwę, użytek. Bo jeżeli używanie gorzałki i wina bywa ograniczone do wyższych warstw perskiego społeczeństwa, to przeciwnie wdychanie i połykanie makowca bywa tu praktykowane przez wszystkich, bez względu na płeć, począwszy od noworodka, a kończąc na zgrzybiałym starcu.

Okoliczność, że makowiec jest produktem czysto miejscowym, pozwalałaby mniemać, że i jego własności są tu znane i że wpływ, jaki wywiera na układy ustrojowe, należycie oceniają. Tak jednak nie jest. Uważany tu jako środek leczniczy małego znaczenia i jako taki rzadko używany, jest przeciwnie otoczony aureolą własności podniecających fantazyję i o któréj rozbudzenie lub utrzymanie w stanie dłuższéj podniety właśnie chodzi perskim wybrednisiom. Dla czego bowiem niepokoić się następstwami własnych nad-

użyć, martwić się i gryźć w skutek doznanych zawodów, jeżeli mamy pod ręką środek łagodzący to wszystko i choćby tylko na krótką chwilę pozwalający zapomnieć o nędznem naszém położeniu. Tak, powiadają, postępowali Hafiz i Saadi, wypada więc postępować za ich przykładem i niezachwianą okazać wytrwałość. To też każdy się stara o posiadanie tyle wpływowego środka i ubiega się, aby posiadać najwykwintniejsze przyrządy do jego użytku. Drogi zaś, jakiemi makowiec (nie wiem, dla czego nazywany tu *terryak)*, bywa wprowadzany do ustroju, są następujące: palenie, oddychanie powietrzem przesyconém jego parą i branie pigułek przygotowanych z czystéj jego masy, z warunkiem pominięcia wszelkich innych dodatków. Do palenia używa się jużto *nargilleh*, lub mały kaolinowy słoiczek z szerokim górnym otworem, przeznaczonym na krótki koniecznie bambusowy cybuszek i z małym otworem bocznym, służącym do wprowadzenia dymu do słoika w chwili mającego się dokonać palenia. Na otwór boczny i obok niego nakłada się cieńką warstwę rozgrzanego nieco w palcach makowca, na chwilkę pozostawia się go podeschnięciu i następnie dodaje się nową warstwę z nieco silniejszém przyciśnięciem jéj do pierwszéj. Słoik po zaopatrzeniu go w cybuszek jest wtedy gotów do użycia. Umyślnie przyrządzonemi szczypczykami bierze się żarzący topolowy węgiel, zbliża się go do powierzchni nałożonéj masy, i podmuchując od czasu do czasu, doprowadza się makowiec do stopnia ulatniania się. Wtedy, aby nic nie stracić z ilości jego pary, silnemi wdechami wciąga się do cybuszka i następnie wprowadza się do przewodu oddechowego. Stosownie do podatności i wrażliwości osób czynność tę powtarza się raz lub kilka razy w ciągu jednego posiedzenia, aż do chwili wprowadzenia siebie w stan pożądanego upojenia. Ćmienie w oczach, poty na czole i klatce piersiowéj, obręczowy ucisk głowy, wstręt do pokarmów i palenia tytoniu, są wskazówką rozpoczynającego się działania dymów makowcowych, które wzmocnione nową dawką podniecają wreszcie ośrodki nerwowe i rozbudzają błogi stan fantazyi, jaki nałogowy palacz (*terryaki*) przenosi nad wszelkie rozkosze przyrzeczonego mu nawet raju. Tak jednak postępują tylko cierpliwsi. Ci zaś, którym chodzi o szybsze upojenie się, nie zwykli używać słoików, a tylko sporą grudkę makowca wrzuciwszy na rozżarzone węgle (*nargilleh*) kilkoma silnemi wdechami łatwo wprowadzają się w stan upojenia, bardziéj trwały i rozkoszniejsze, jak powiadają, stwarzający marzenia.

Oddychanie parami makowca ogranicza się znowu tylko do wykwintnych buduarów tutejszych odalisek. Gdy bowiem pan domu w gronie chłopaków upoił już swe zmysły, na dany znak, zależący na posłaniu do *henderunu* tlejącego jeszcze z makowcem cybuszka, wchodzi się niejako w drugi okres rozkoszy, przez zmianę tak dekoracyj jak i płci samych aktorów. Kobiety wtedy spieszą najprzód usunąć z pobliża wszystko, co przekwitłe i co mogłoby rozbudzić wstręt pana domu. Następnie te z nich, co się cieszą szczególną względnością, wstępują do wyłącznie przygotowanego apartamentu, zwykle bez okien i z wejściem zakrytém grubą i ciężką kotarą. Tam na kraciastych, wyłącznie do tego używanych przyrządach, często bardzo pięknéj roboty, rozkładają się najprzód żarzące węgle, na nich spalają się rozmaite aromaty, trociny z sandału i kaskaryli, bursztyn, liście różane, z *adansonia digitata* i t. p.; poduszki i dywany nakrapiają się wodą fijołkową i dbając pieczołowicie o utrzymanie tego rodzaju atmosfery, odaliski czekają na przybycie pana. Zjawia się on zwykle sam. I z chwilą wejścia do tak przygotowanéj komnaty, rozpoczyna się nasycanie i tak już ściśniętego jéj powietrza parami makowca, który właściwym sobie zapachem wkrótce usuwa rozpylone aromaty, działa upajająco na przytomnych i posuwa do orgij, na które pospieszam co rychléj rzucić grubą zasłonę, aby je oddzielić od zewnętrznego świata.

Trzeci wreszcie sposób używania makowca w Persyi jestto branie przygotowanych zeń pigułek. Jestto jeden z najbardziéj popularnych sposobów. Tetéż każdy, czyto w domu, czy przy zajęciu, w bazarze, czy w drodze, żołnierz w marszu, duchowny w meczecie, rabuś na swym posterunku, kobieta w *henderunie* lub przy codziennéj uciążliwéj pracy, wreszcie rolnik na polu i przewodnik w podróży, wszyscy bezwarunkowo noszą z sobą pewną ilość makowca, przechowywaną stosownie do stanu zamożności w misternych złotych lub emalijowanych pudełeczkach, lub téż poprostu w blaszanych puszkach. W każdym więc razie, gdy się nie ma czasu do wypalenia cybuszka lub *nargilleh* z gałką *terryaku;* gdy nałogowe przyzwyczajenie nie da się niczém powściągnąć, wtedy wystarcza parę lub kilka pigułek, które uspakajają, skracają czas, a jak twierdzą doświadczeni znawcy, dodają i energii znużonemu ustrojowi.

Tak nadmierne karmienie się makowcem i przypisywanie mu działania na rozbudzenie fantazyi tylko, fatalnie oddziaływa na ustrój i układ nerwowy tutejszych mieszkańców. W rzędzie ludów wschodnich policzeni do obdarzonych najbujniejszą wyobraźnią, cieszący się dobrym humorem, w istocie są takimi, lecz wtedy tylko, gdy więcéj lub mniéj znaczna dawka makowca wyniesie ich ponad poziom zwykłego bytu! W rzeczywistości zaś stoją na niższym od innych szczeblu rozwoju umysłowego i pomijając w téj okoliczności przepisy zakonu, surowo zabraniające używania *terryaku*, nie uwzględniają téż wpływów, jakie środek ten wywiera na własne ich zdrowie i rozwój umysłowy ich potomstwa. Żyć bowiem wesoło, gdy okoliczności pozwalają, a gdy nie, to stworzyć sobie właściwą powabną sferę, to popularna dewiza, któréj hołdując, mieszkaniec Persyi nie zwykł wybierać w środkach. Jakim jednak okolicznościom należy przypisać tak wielkie rozpowszechnienie się używania makowca? to istotnego źródła nie podobna mi było odkryć. Z dopytywań się, a głównie ze szczegółów otrzymanych od lekarza Szacha, Mirzy Habibvułłach, o tém tylko mogłem się zapewnić, że makowiec od bardzo dawna znany już jest Persom, i że nawet stale był używany na dworach potężnych ich niegdyś władców. Tak nawet, że w czasach, gdy Avicena mieszkając w Hamadanie, nie dał się powściągnąć w swoich zdumiewających ogół rozpustach, jego przyjaciele mieli podobno uciec się do makowca, którego skuteczny wpływ na umysł tak znanéj i cenionéj osobistości, jaką był Ibu-Rasz, wpłynął stanowczo na utrwalenie się wziętości makowca i jego rozpowszechnienie się nawet pośród najniższych warstw perskiego społeczeństwa. (C. d. n.)

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Guttmann i Merke: O dezinfekcyi mieszkań.

Sprawa dezinfekcyi w przypadkach chorób zakaźnych nabiera z dniem prawie każdym coraz to większego znaczenia w życiu codziennem; i przyznać trzeba, że dezinfekcyę przedmiotów martwych, rąk i narzędzi operacyjnych posunięto

do wysokiego stopnia doskonałości, słabą stronę całego tego systemu ochronnego stanowi zawsze jeszcze dezinfekcyja mieszkań, a mianowicie ścian. Że okadzania octem, dawniéj tak gorliwie przedsiębrane, ani nawet chlorem lub parami siarkowemi nie mogą się ostać w obec nauki, wątpliwości nie ulega, to téż tłumaczy, że w ostatnich czasach podejmowano doświadczenia w tym kierunku, a z jednego szeregu takich doświadczeń, czynionych przez wymienionych dyrektorów szpitala Moabit w Berlinie, zdajemy właśnie sprawę.

Jak słusznie zauważyli G. i M., powinno wszelkie postępowanie przy dezinfekcyi ścian uczynić zadość następującym warunkom: 1) Nie powinno ono uszkadzać ścian; 2) nie powinno być połączone ze szkodą ani dla mieszkań, ani dla zajmującego się tą sprawą; 3) w użyciu powinno być łatwe i 4) połączone z nieznacznym nakładem. Dosyć często słychać zdanie, że celem oczyszczenia mieszkania najlepiéj jest zedrzeć obicia pokojowe, t. zw. tapety i na nowo czystemi okleić, ściany malowane zaś kazać na nowo pomalować. Pomijając okoliczność, że takie postępowanie jest połączone ze znacznym kosztem, nie niszczy ono wcale zarazków, które mogły tkwić na ścianach, owszem przyczynić się może do rozwleczenia takowych. Dokładna dezinfekcyja powinna niszczyć zarazki na ścianach, pułapie, podłodze i w powietrzu zawisłe i do tego celu dążąc podjęli G. i M. doświadczenia skrapiając za pomocą rozpylacza zarazki umieszczone na nitkach przyczepionych do ścian. Do takich skrapiań używali rozmaitych rozczynów sublimatu i kwasu karbolowego a zarazki, które wybrali do prób swoich: prątki wąglikowe, odznaczają się wielką odpornością i żywotnością. Autorowie wybrali umyślnie ten rodzaj prątków do swoich doświadczeń, których wykonali 450, gdyż powszechnie wiadomo, że przyrzuty chorób zakaźnych po części jeszcze nie dokładnie znane odznaczają się odpornością rozmaitego stopnia czasem nawet bardzo znaczną, to też w doświadczeniach tych użyte prątki zajmują w szeregu odporności przedostatnie miejsce, pozostawiając pierwszeństwo pod tym względem prątkom z ziemi ogrodowéj (*Gartenerdebacillen*).

Postępowanie ich było następujące: Nitki z przyschniętemi prątkami wąglikowemi przyczepiali do ścian za pomocą małych gwoździ, część nitek na pułapie i firankach, każde doświadczenie czyniono w przestrzeni innym rodzajem obicia okrytéj, a kilkakrotnie przedsiębrano te doświadczenia w zwykłych pomieszkaniach. Zanim nitki przymocowano, odcinano kawałki takowych i przechowywano osobno dla kontroli; oznaczając je odpowiedniemi liczbami. Teraz skropiono tapety płynem niszczącym jednostajnie, dopóki cała ściana nim nie nasiąkła, gdy to nastąpiło skropiono, powtórnie, ażeby płyn spływał po ścianie, zabierając ze sobą na podłogę pył i wszystko, co na powierzchni ściany napotkał. Podłogi polano przedtém płynem odrażającym. Skoro ściany wyschły, po krótszym lub dłuższym czasie, względnie do ciepłoty pokoju, odcinano nitki i badano takowe w odpowiednich pożywkach, śledząc, czy nastaje rozwój prątków, jak szybko i w jakiéj ilości. Równocześnie poddawano badaniu kawałki odcięte przedtém dla kontroli. Używając w 75 doświadczeniach 5% rozczynu kwasu karbolowego przekonali się autorowie, że rozwój prątków nie uległ ani raz żadnéj zmianie i odbywał się tak samo na nitkach skropionych jak i na odciętych dla kontroli kawałkach.

Rozczynem, którego skuteczność sprawdzono w największéj liczbie doświadczeń, był rozczyn sublimatu 1:1000, i ten též rozczyn polecają autorowie jako jedynie odpowiedni do tego postępowania. Okazało się bowiem, że na 200 próbek różnych tapet nie uległa żadna z nich zmianie barwy, owszem barwa była po skropieniu starych tapet żywszą niż przedtém, a pewnemu uszkodzeniu uległy jedynie tapety najlichszego gatunku, sporządzone z papieru bibulastego cienkiego. Ściany malowane rozmaitemi barwami nie ulegały żadnéj zmianie niekorzystnéj. Aby się przekonać, czy takie skrapianie nie szkodzi robotnikowi zajętemu tą pracą, wykonano je w 4ch pomieszkaniach zakażonych razem w 12tu pokojach i przekonano się, że robotnik, który się podjął téj pracy za pomocą dużego rozpylacza, połączonego z mieszkiem balonowym wielkich rozmiarów, nie doznał przy tém żadnéj szkody na zdrowiu, a jedyną nieprzyjemnością, która się wydarzała, było pieczenie w oczach, gdy w skutek nieostrożności prysło nieco płynu do oka.

Zachodziło teraz pytanie, czy sublimat, który pozostaje w tapetach, nie szkodzi zdrowiu mieszkańców i doświadczenia dokonywane systematycznie wykazały, że około dnia 28 po skropieniu nie można już wykazać rtęci w papierze i sublimat znika widocznie ustępując wraz z pyłem z mieszkania. Obliczenie wykazało, że po obfitém skropieniu pozostaje około 5gm. sublimatu w pokoju średnich rozmiarów; aby i tę ilość uczynić nieszkodliwą dla mieszkańców, polecają autorowie skropić ściany obficie 1% rozczynem węglanu sodowego, który zamienia całą ilość sublimatu w połączenie w wodzie nierozpuszczalne, jak tego dowodzą odpowiednie przez nich czynione badania. Tapety nie zmieniają barwy również po polaniu węglanem sodowym tak, że sposób ten z tego względu na polecenie zasługuje.

Koszta takiéj dezinfekcyi są bardzo małe i wynoszą dla pokoju o powierzchni ścian i podłogi 75—80 metrów kwadratowych około 10 fenigów i 6 godzin pracy robotnika, który przy pewnéj wprawie może w jednym dniu oczyścić w ten sposób dwa pokoje mieszkalne. Oczyszczenie mieszkania za pomocą 5% rozczynu kwasu karbolowego nietylko, że nie prowadzi do celu, lecz wymaga nadto znaczniejszego bo 8-kroć większego nakładu. (*Virchow Archiv f. path. Anat.* T. 107, str. 459). *Dr. Schaitter.*

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w kwietniu roku 1887.

Tyfus brzuszny stwierdzono w kwietniu w mieście Lwowie i Krakowie oraz w 68 miejscowościach 28 powiatów u 2028 chorych. W porównaniu z stanem w miesiącu marcu br. wzmogła się więc liczba gmin nawiedzonych tyfusem, jakotéż i liczba chorych; jedynie śmiertelność była w kwietniu niższą. Z 2028 leczonych chorych wyzdrowiało 1402 czyli 69·1%, umarło 145 czyli 7·1% (w marcu 9·7%), pozostało w leczeniu 481 osób w 34 miejscowościach. W powiecie kamioneckim było w 8 gminach 169 chorych, z tych umarło 19, w powiecie sokalskim w 5 gminach 148 chorych, w powiecie lwowskim w 4ch gminach 195 chorych; największa śmiertelność była w powiecie złoczowskim, gdzie w trzech gminach z 84 chorych umarło 13 czyli 15·4%. W mieście Lwowie było w kwietniu 108 przypadków tyfusu (brzusznego i plamistego), z tych przeważna ilość w krajowym szpitalu powszechnym. Obecnie jednak tyfus we Lwowie przygasa.

Tyfus plamisty stwierdzono w kwietniu w mieście Krakowie i w 55 miejscowościach 23 powiatów u 1566 osób, z tych wyzdrowiało 955 czyli 61·0%, umarło 130 czyli 8·3%, pozostało 481 chorych w 38 miejscowościach. W marcu roku bieżącego było w kraju 1299 chorych na tyfus plamisty, z tych umarło 84 czyli 6·5%, w kwietniu roku 1886 tylko 906 chorych w 29 gminach z śmiertelnością 10·6%, w kwietniu zaś 1885 w 64 gminach 1752 chorych, z tych umarło 109 czyli

6·2%. Największa liczba chorych była w kwietniu b. r. w powiecie horodeńskim, mianowicie w 3 gminach 241 chorych, z tych umarło 15, daléj w powiecie tarnopolskim w 6 gminach 239 chorych (umarło 19 czyli 8%) w sąsiednim powiecie skałackim w 4 gminach 136 chorych (umarło 15 czyli 11%), w powiecie buczackim w 4 gminach 114 chorych (umarło 12 czyli 10·5%). Wszystkie wymienione powiaty należą do powiatów podolskich.

Epidemija szkarlatyny, która od maja 1886 do listopada ciągle się wzmagała, od listopada 1886 powoli lecz stale wygasa, panowała w kwietniu b. r. w 36 miejscowościach (także w mieście Lwowie i Krakowie) u 1158 chorych; z tych wyzdrowiało 822 czyli 71·0%, umarło 139 albo 12·0%, pozostało w leczeniu 197 osób w 12 gminach. Najwięcéj chorych było w powiecie zbarazkim 232 w czterech miejscowościach, z śmiertelnością 12·5%; w dwu gminach powiatu cieszanowskiego umarło z 149 chorych 13 osób, w pięciu gminach powiatu dolińskiego stwierdzono 106 chorych a 9 przypadków śmierci.

Dyfteryja pojawiała się sporadycznie w 5 gminach, a tylko w mieście Lwowie z większém nasileniem. Z 112 chorych obserwowanych w kraju, wyzdrowiało 77 czyli 68·8%, umarło 28 czyli 25%, pozostało w leczeniu 7 osób.

Odrę stwierdzono w 27 miejscowościach, z 1381 chorych umarło 110, czyli 8%, resztę chorych i ozdrowieńców oddano opiece domowéj. Większa śmiertelność zdarzyła się tylko w powiecie mościskim, gdzie do dnia stwierdzenia epidemii w dwu gminach z 216 chorych umarło 36 dzieci, czyli 16·6%.

Krztusiec stwierdzono tylko w 5 miejscowościach, z 258 leczonych chorych ozdrowiało 173 czyli 67·1%, umarło 20 czyli 7·8%.

Czerwonka panowała tylko w jednéj gminie, z 17 chorych wyzdrowieli wszyscy.

Ospa natomiast szerzy się coraz więcéj. Gdy ją w marcu b. r. tylko w 47 gminach u 924 osób stwierdzono, w kwietniu panowała w 65 gminach u 1114 osób. Z tych wyzdrowiało 397 albo 35·6% szczepionych, 301 albo 27·0% nieszczepionych, umarło 12 czyli 1·1% szczepionych, a 113 albo 10·1% nieszczepionych, pozostało z końcem kwietnia 291 chorych (z końcem marca było 227 chorych). Najwięcéj gmin nawiedzonych ospą było w powiecie tarnobrzeskim, tam w 8u gminach było 145 przypadków choroby a 10 przypadków śmierci; w powiecie myślenickim w 7 gminach 121 chorych, w powiecie tarnopolskim w 5 gminach 144 chorych, z tych umarło 10 osób, w powiecie złoczowskim i kamioneckim także po pięć gmin było ospą nawiedzonych lecz ilość chorych znacznie była mniejszą niż w wyżéj wymienionych powiatach. Największą ilość zmarłych stwierdzono w jednéj gminie powiatu żydaczowskiego, gdzie z 55 chorych 17 dzieci czyli 31% umarło.

Lwów d. 12 maja 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

○ W sprawie założenia państwowego Urzędu zdrowia w Austryi. (C. d.) Dnia 2 maja na drugiém posiedzeniu komisyi Izby deputowanych, w którém brali udział zaproszeni znawcy, przemawiał w dalszym ciągu Fr. Gruber. Przeczył on potrzebie zakładania nowego urzędu, do którego żaden z istniejących za granicą wzorów nie nadawałby się, sądził natomiast, że potrzeba rozszerzyć, przeprowadzić i ulepszyć istniejącą organizacyję sanitarną, przyczém kładł nacisk na ostateczne uregulowanie służby zdrowia po gminach. Wskazywał, że Galicyja i Bukowina dla niepomyślnych stosunków zdrowotnych ciągłe stanowią niebezpieczeństwo dla krajów sąsiednich aż po Wiedeń. Państwo winno temu zapobiedz, jak się to powoli stało w innych krajach. Posiadamy wyborną ustawę państwową przeciw pomorom bydła, ale nie mamy jéj przeciw pomorom ludzi, tu pomagamy sobie rozporządzeniami, nie posiadamy osób, któreby w dostatecznéj mierze nad przeprowadzeniem czuwały. Zdaniem mowcy zarząd zdrowia winien stanowić odrębną gałęź służby administracyjnéj. Obok niego winna istnieć najwyższa Rada zdrowia, posiadająca rozszerzony zakres działania, a zapytywana o zdania we wszelkich sprawach zdrowotnych. Prace jéj i wnioski należałoby ogłaszać. Członkowie winniby pobierać wynagrodzenie za czynności. Podobnie zorganizowanemi winny być krajowe Rady zdrowia; lekarze powiatowi odpowiednio płatnymi, wykonywanie praktyki prywatnéj nie powinno im być dozwoloném; korespondencyja między władzami zdrowotnemi winna być ułatwioną, a miasta autonomiczne nieposiadające rad zdrowia, między niemi Wiedeń, należałoby skłonić bezzwłocznie do ich ustanowienia. Mowca przemawia daléj za zakładami higijenicznemi, jako przybytkami badania i nauki, ale nie za uprzywilejowaniem w tym względzie Wiednia w porównaniu z resztą Austryi. Połączenie z niemi zakładów do badania pożywek nie uważa mowca za właściwe, te ostatnie należałoby przekazać krajom i miastom. Koszta tych urządzeń mogłaby tylko oznaczyć komisyja mięszana *ad hoc* złożona z lekarzy, techników i urzędników administracyjnych. Co do kosztów zakładu higijenicznego, jeżeli unikać się będzie wszelkiego architektonicznego zbytku, to wyniosą one zaledwie 400.000 złr. Interesa, których sprawa niniejsza dotyczy, mają tak wielkie znaczenie dla dobra państwa w ogóle i dla jego siły obronnéj, że nie należy się odstraszać wielkiemi wydatkami.

Następny mowca prof. higijeny Maks. Gruber uważa za najkonieczniejszą ostateczną organizacyję gminnéj służby zdrowia, państwo winno do tego dążyć wszelkiemi środkami, ewentualnie przez zmianę ustawy. W ministerstwie spraw wewn. należałoby urządzić samoistną sekcyję dla publicznéj służby zdrowia a podobnie uorganizowane oddziały przy rządach krajowych. Stanowisko lekarzy powiatowych wymaga gruntownéj reformy: winni oni bezpośrednio podlegać rządom krajowym, mieć wyższą rangę i płacę, a za to praktyka prywatna winna im być zakazaną. Jako władza nadzorująca i doradcza winni istnieć w krajach koronnych inspektorowie zdrowotni w liczbie odpowiedniéj wielkości i potrzebie kraju. Dzisiejsze rady zdrowia należałoby zatrzymać jako organa doradcze, w skład ich jednak wejść winni technicy i urzędnicy administracyjni. Pożądaną byłaby organizacyja stanu lekarskiego, którego reprezentacyja winna mieć prawo wyboru członków tych ciał doradczych. Mowca oświadcza się przeciw urzędowi zdrowia na wzór niemieckiego, należy przedewszystkiém odpowiednio wyposażyć higijeniczne zakłady naukowe. Z niemi można połączyć państwowe stacyje badania pożywek, połączenie bowiem to zaleca się z wielu względów. Zarząd zdrowia winien posiadać kredyt w odpowiedniéj wysokości, aby mógł podejmować potrzebne zadania naukowe przez właściwe siły zawodowe.

Z kolei fizyk m. Wiednia, Dr. Kammerer, zwraca uwagę na potrzebę zaprowadzenia dokładnéj statystyki lekarskiéj, urządzenia szkół higijenicznych i poparcia w tym kierunku przez gminy. Dzisiejsza organizacyja służby zdrowia wystarcza, potrzebuje jednak uzupełnienia przez urząd centralny, którego zadaniem byłoby pośredniczenie między naukowém badaniem a państwowemi organami wykonawczemi służby zdrowia, jak również staranie o zużytkowanie zdobytych rezultatów w drodze ustawodawczéj. Utworzenie państwowego urzędu zdrowia nie jest koniecznem, natomiast koniecznem jest uzupełnienie istniejącéj organizacyi, a mianowicie instytucyję lekarzy gminnych należy przy możliwém poparciu gmin w życie wprowadzić, liczbę lekarzy powiatowych pomnożyć, płace ich podwyższyć; urządzenie stacyj badawczych dla pożywek i używek w siedzibach rządów krajowych i w większych miastach uważa mowca za konieczne, równie jak urządzenie higijenicznych zakładów przy uniwersytetach. Wiedeński zakład higijeniczny winien być głównym dla wszystkich tego rodzaju badań i połączonym z istniejącym przy ministerstwie urzędem centralnym. Nauka higijeny winna być obowiązkową w uniwersytetach i akademijach technicznych. (Dok. nast.).

○ Szczepienie ochronne przeciw ospie metodą Pasteura w austryjackiéj Izbie deputowanych. Poseł Dr. Wiedersperg wniósł w Radzie Państwa następującą rezolucyję: „Uprasza się wys. Rząd o postaranie się, aby szczepienia ochronne w wiedeńskim szpitalu powszechnym na przyszłość były zapewnione“. W uzasadnieniu wspomina mowca, że Dr. Ullmann udał się do Rządu z prośbą o udzielenie mu subwencyi z funduszów państwa w kwocie 1300 złr., na prośbę tę jednak nie otrzymał dotąd odpowiedzi. Inne fundusze nie nadają się w tym celu. Nie ma wprawdzie zupełnéj pewności, że sposób ten leczenia jest bezwzględnie skuteczny, ale mimo to wyniki są świetne. Znaleźli się przeciwnicy, ale czyż nie miał ich Lister? Zarzuty zresztą Petera zbił już Vulpian. Istnieją wreszcie inne badania, popierające zapatrywanie Pasteura. Jeżeli zanim się coś na dochodzenie przeznaczy wymaga się pewności, to tak jakbyśmy powiedzieli, nie pierwéj pójdę do wody, aż się

pływać nauczę. Trzeba coś wydać, aby się przekonać. Pasteur sam nie powiada, aby postępowanie jego było bezwzględnie niezawodne. Zależy to od całego szeregu okoliczności, skuteczność każdego środka zawisła od nich. Jeżeli nie ulega wątpliwości, że przeciw głodowi jest pożywienie najlepszym środkiem, to i to tylko w pewnych warunkach, gdy głodny walczy ze śmiercią i ten środek zawiedzie. Cyfry są najwymowniejszemi: Po koniec 1886 zaszczepiono w zakładzie Pasteura 2682 osób, z tych zmarło 31 = 1·15%. Biorąc tylko cyfry po 6 listopada, to z 2164 zaszczepionych zmarło 29. Według statystyki Leblanca ze 100 pokąsanych zmiera 16 osób, winno było zatém umrzeć 346. Z 48 pokąsanych przez wilki, któreto rany są niebezpieczniejszemi, zmarło 7, t. j. 14%, gdy statystyka wykazuje, że śmiertelność w takich razach = 60% do 80%. Od czasu, gdy Pasteur zastosował energiczniejsze postępowanie, zaszczepił 50 osób pokąsanych w głowę i twarz, któreto pokąsania są niebezpieczniejsze, a mimo to nikt nie umarł. Dr. Ullmann zaszczepił od czerwca r. z. w Wiedniu 114 osób, z których 2 zmarło, stosunek to wprawdzie gorszy niż 1·15%, ale każdy przyzna, że liczbato za mała, aby średnie obliczać. Pomiędzy temi 114 osobami były 3 pokąsane przez psa, który jeszcze dwie inne osoby pokąsał, otóż te 2 uległy już wściekliźnie, gdy 3 leczone są zdrowe. Przypuszczając, że śmiertelność = 16%, to z 114 winno były umrzeć 17—18 a zmarło tylko 2. W przyszłości liczby będą większemi, bo z początku mało osób się zgłasza. Jeżeli jeszcze uwzględnimy, że nieszczęśliwi należą przeważnie do klas niższych, uboższych, którym brak funduszów na podróż do Paryża, że wszelka strata czasu może być dla udania się szczepienia zgubną, a odwoływanie się do opieki gmin jest wykluczone, to przyznać wypada, że interes ludzkości wymaga utrzymania takiego zakładu.

○ W czasie rozpraw nad budżetem na rok bieżący w Izbie deputowanych Rady Państwa kilkakrotnie zwracali mowcy uwagę na opłakane stosunki zdrowotne w Austryi, szczególniéj jednak poseł Proskowetz w dłuższéj mowie skreślił dobitnie te stosunki i podał środki. Zwrócił on uwagę: 1) że wydatki na szpitale wszelkich kategoryj w całém państwie wynoszą do 4 milijonów, a zaledwo 40 kr. dziennie na chorego; że Austryja w rzędzie 14 państw cywilizowanych Europy zajmuje pod tym względem 13te miejsce; 2) że śmiertelność wynosi w Norwegii 16‰, w Anglii 21‰, w Niemczech 26‰, w Austryi 31‰ a w Węgrzech 38‰. Gdyby stosunki były choćby takiemi jak w Niemczech, to umarłoby w Austryi mniéj o 100.500 ludzi, a gdyby takiemi jak w Anglii to o 228,100, to przecież cyfry zastanawiające. Bukowina jest najniezdrowszym krajem, a bezpośrednie przed nią miejsce zajmuje Galicyja. Liczba lekarzy jest w stosunku do ludności niedostateczną. W Tryjeście przypada 1 lekarz na 1288 głów; w Morawie na 3,500, a w Galicyi na 11,118 głów. Także i w Karyntyi liczba lekarzy jest niedostateczną mimo ofiar, jakie tam kraj poniósł. Poseł Proskowetz wspomniał jeszcze o drogich a zdrowiu szkodliwych środkach tajnych, porównywał zdolność do wojska w Austryi i w Niemczech (12% do 15% : 38%—40%), ganił brak wody w Wiedniu, zalecał budowę mieszkań dla robotników po przedmieściach wiedeńskich, w końcu prosił ministra spraw wewnętrznych o niespuszczanie z uwagi uchwał i sprawozdań Sejmu morawskiego co do zastraszająco wzmagającego się opilstwa i nadużycia napojów gorących.

○ W ciągu rozpraw, które się toczą obecnie w Izbie deputowanych nad budżetem kilkakrotnie podnoszono potrzeby służby zdrowia w Austryi, a minister spraw wewnętrznych zabrał także głos w téj sprawie i zwrócił uwagę, że jako członek gabinetu musi w ogólności czuwać, aby funduszów oszczędzano. Reformy, które znawcy zaproszeni do komisyi wyznaczonéj w sprawie zaprowadzenia urzędu zdrowia wnosili, są wszystkie bardzo kosztowne, a ze względu na oszczędność stać się będzie mogło tylko to, co jest konieczne. Złe, zdaniem ministra, nie leży u góry ale u dołu w braku lekarzy gminnych, w obec którego na nic się nie zdadzą najlepsze zarządzenia Najwyższéj Rady zdrowia, gdy nie ma ich komu przeprowadzać. Najkonieczniejszém zatém, zdaniem ministra, jest stworzenie tego ostatecznego ogniwa. Jeżeli zaś kto powie, że to rzecz gmin, to należy zważyć, że od każdego można żądać tylko tego, co on spełnić może, żąda się zaś za nadto wiele od gmin. Obecnie jądro sprawy leży w tém, aby od dołu pod względem najniższych organów coś uczynić.

○ Obchodzenie się z przedmiotami do użytku zawierającemi ołów i cynk. Na podstawie prac podjętych w niemieckim państwowym Urzędzie zdrowia od r. 1881 zestawił Wolffhügel ich wyniki jako techniczne objaśnienie do projektu ustawy o obchodzeniu się z przedmiotami do użytku zawierającemi ołów i cynk. Zestawienie W. rozpada się na 6 rozdziałów. W pierwszym omawia autor częstość tego rodzaju przedmiotów do użytku, w drugim praktyczne i doświadczalne badania, czy przedmioty te przy użyciu oddają ołów lub cynk. W trzecim przedstawia kazuistyczne dowody szkodliwości ołów zawierających przedmiotów, a w czwartym o ile grozi ustrojowi ciągłe wprowadzanie choćby małych ilości ołowiu lub cynku. W piątym zestawia autor to, czegoby żądać należało ze stanowiska policyjno-zdrowotnego. Rozdział 6ty nakoniec jest poświęcony rozbiorowi, czy można wyrabiać przedmioty rzeczone nieszkodliwe bez uszczerbku dla rzetelnego zarobkującego i czy istnieją niewątpliwe cechy rozpoznania dobrego towaru od złego. Objaśnienia W. zawierają mnogie doświadczenia w różnych krajach podejmowane w skutek niepomyślnych zdarzeń, jakie wynikły z użytku przedmiotów ołów i cynk zawierających. (*Münch. med. Wchschr.*, 1887, Nr. 18).

○ Do zapobieżenia zarażeniu się przy wyssaniu błon dyfterytycznych z tchawicy zaleca Garré kateter, którego koniec zaopatrzonym jest rurą gumową na 7cm. długą połączoną z krótką rurką szklaną, w jednem miejscu zwężoną. Do rurki szklanéj poza miejsce zwężone wkłada się czopek waty, który przy wsysaniu nic z mas dyfterytycznych nie przepuszcza i niezawodnie chroni w ten sposób lekarza od niebezpieczeństwa zarażenia się. (*Münch. med. Wchschrift*, 1887, Nr. 18).

○ Zdrowie nasze. Kraków, str. 15. Jestto druga z rzędu broszurka wydań luźnych niewiadomego autora, z których pierwsza nosiła tytuł: Bieda nasza. Broszurkę „Zdrowie nasze" nazwać wypada pogadanką, bo wyrażenie to daje najlepsze o niéj wyobrażenie o różnych niepomyślnych stosunkach zdrowotnych w kraju naszym i o tém, coby w celu pożądanéj poprawy podjąć należało. Autor, snać lekarz lub nader dobrze ze stosunkami obeznany, często odwołuje się do statystyki i ucieka się do porównań z innemi krajami. Lekarze, którym opłakane stosunki są znane, nie wiele znajdą tu nowego dla siebie, ale broszurka ta mogłaby oddać wielkie usługi krajowi, gdyby się rozpowszechniła po kraju między nielekarskiemi sferami inteligentnemi i wpływowemi. Mimo niewielkich swych rozmiarów rozjaśniłaby im wiele smutnych stosunków zdrowotnych w kraju a przyspieszyła czas poprawy. Życzymy, aby, jak na to zasługuje, znalazła jak największy pokup, do czego lekarze przyczynić się winni, a może autor zechciałby postarać się o ogłoszenie jéj w którym z dzienników krajowych, przez co zyskałyby poruszone tam sprawy szerszy rozgłos.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36.2. Z dławca i błonicy umarło 1 (1 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.); z gruźlicy 12 (6 z. t.); z zapalenia płuc 17 (10 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku dławca, 1 płonicy, 2 duru brzusznego, 4 róży. W tygodniu od 10—16 kwietnia umarło z ospy: we Lwowie 2, w Brodach 2, w Drohobyczu 1, w Tarnopolu 3, w Czerniowcach 1, w Wiedniu 3, w Salcburgu 6, w Gracu 1, w Tryjeście 1, w Pradze 2, w Warszawie 6, w Budapeszcie 8, w Pradze 5, w Rzymie 9, w Paryżu 15, w Petersburgu 6, w Wenecyi 1. Z duru osutkowego umarło w Stokholmie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 9, w Paryżu 36, w Petersburgu 23. Z odry umarło we Lwowie 1, w Mnichowie 10, w Wiedniu 9, w Rzymie 19, w Paryżu 66, w Londynie 81, w Petersburgu i Amsterdamie po 7. Z płonicy umarło we Lwowie 1, w Wiedniu 14, w Budapeszcie 7, w Londynie 11, w Petersburgu 14. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 6, w Drohobyczu 1, w Kołomyi 1, w Stanisławowie 1, w Tarnowie 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 42,0; we Lwowie 39,6; w Brodach 25,4; w Dro-

hobyczu 49,2; w Kołomyi 34,1; w Przemyślu 28,8; w Stanisławowie 27,6; w Tarnopolu 25,3; w Tarnowie 26,4; w Czerniowcach 27,0; w Wiedniu 33,5; ; w Salcburgu 33,0; w Gracu 46,2; w Tryjeście 27,5; w Pradze 40,1; w Bernie 39,4; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 39,9; w Berlinie 21,0; we Wrocławiu 25,8; w Gdańsku 28,9; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 30,4; w Warszawie 24,0; w Poznaniu 30,1; w Kolonii 24,9; w Królewcu 27,6; w Lipsku 20,6; w Mnichowie 32,1; w Strasburgu 18,6; w Amsterdamie 27,9; w Brukseli 22,0; w Budapeszcie 35,0; w Chrystyjanii 21,3; w Kopenhadze 26,5; w Londynie 19,3; w Odesie 24,0; w Paryżu 29,4; w Petersburgu 33,5; w Rzymie 36,9; w Stokholmie 20,7; w Wenecyi 26,8. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 maja. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego proff. Korczyński i Obaliński przedstawili wyroby krajowe, które uznano za godne polecenia; następnie doc. Grabowski zdał sprawę ze stanu funduszów Przeglądu Lek., a wreszcie prof. Adamkiewicz przedstawił rzadki przypadek zmiany chorobowéj na podstawie czaszki, rozpoznanéj za życia i preparat ze sekcyi przypadku podobnego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Prosektor Dr. Pertik habilitował się jako docent anatomii patologicznéj trzew.— **Berlin.** Przy zakładzie anatomii patolog. systemizowaną została posada kustosza, którą otrzymał Dr. Jürgens, posadę zaś 1go asystenta zajął Dr. Israel.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dyrektor szpitala powszechnego w Wiedniu, starszy radca sanitarny Dr. Hoffmann otrzymał tytuł i charakter Radzcy dworu, a dyrektor szpitala na Wiedeniu i prezes Rady sanitarnéj dolno-austryjackiéj Dr. Lorinser order korony żelaznéj 3éj klasy. — Prymaryjusz zakładu krajowego dla obłąkanych w Pradze czeskiéj, Dr. Józef Kratochwil, mianowany został dyrektorem tego zakładu.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Edward Emil Mukowicz ze Lwowa i Jan Wojtkowski z Jabłonowa w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł lekarz przyboczny królowéj Dr. Wilson Fox w 57 roku życia. — W Meranie umarł d. 13 bm. docent anatomii patologicznéj w Berlinie Dr. Karol Friedländer w 40 roku życia. Urodzony w Brzegu był asystentem Recklinghausena w Strasburgu przez lat 5, poczém działał jako docent prywatny i prosektor w szpitalu miejskim berlińskim. Zasłużył się pracami swemi o grużlicy, zapaleniu płuc (jemu zawdzięczamy odkrycie pneumokoków) itd. i jest autorem podręcznika o technice mikroskopowéj w badaniach patologiczno-anatomicznych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 20: Mężyka i Dobruchowskiego: Sprawozdanie o ruchu chorych w latach 1884 i 1885 na oddziale chirurg. prof. Obalińskiego w Krakowie (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Rupperta: O rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzusznym (dok.); Biegańskiego: Moczopędne działanie przetworów rtęci (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Truskawiec. Sprawozdanie za r. 1886. Przemyśl 1887, in 12-mo str. 44.

Piśmiennictwo lekarskie.

ABADLE-LEROY Précis élémentaire d'anatomie pathologique. Paris, Maloinc. Fr. 4.

ABHANDLUNGEN aus dem Gebiete der Naturwissenschaften. 9. Bd. 1. u. 2. Hft. gr. 4. Mit 7 Tab., 4 Taf. u. 4 Karten. Hamburg, Friederichsen et Co. á M. 7. 20.

ALBRECHT P., Vergl. anatom. Untersuchungen. 1. Bd. 2. Hft. M. 4 Holzschn. u. 1 Tab. gr. 8. Hamburg, P. Albrecht's Selbstverl. M. 4. 50.

ANDRIEU E., Traité de prothèse buccale et de mécanique dentaire. Av. 358 fig. 8. Paris, Doin. Fr. 18.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt c. k. Zakładu zdrojowego w Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.